

行政措置任意予防接種予診票 (有料)

宝塚市

住 所	宝塚市	TEL	
ふりがな		男・女 生年月日	年 月 日
受ける人の氏名			生
保護者の氏名			(満 歳 か月)
今回受ける予防接種に○印をつけてください	ヒブ 小児用肺炎球菌 B型肝炎 BCG 不活化ボロリ(IPV) ジフテリア・百日せき・破傷風・ボロリ(DPT-IPV) 麻しん 風しん 麻しん・風しん(MR) 水痘 日本脳炎 ジフテリア・破傷風(DT) 子宮頸がん(HPV) おたふくかぜ	診察前の体温	医師記入欄
		度 分	

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
1 現在宝塚市に住民票がありますか	はい	いいえ	
2 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
3 7歳未満のお子さんを持つ方のみご記入ください あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
4 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
5 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
6 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
7 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
8 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり 医師の診察を受けていますか 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい いいえ	いいえ はい	
9 ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃 そのときに熱がでましたか	はい いいえ	いいえ はい	
10 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
14 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(※)の注射を受けましたか	はい	いいえ	
15 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
16 13歳以上の女性のお子さんを持つ方のみご記入ください 現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか	はい	いいえ	
17 B型肝炎予防接種を受ける方のみご記入ください 天然ゴム (ラテックス) 製品を使った際、皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか また交差反応を起こす食べ物 (バナナ、キウイ、栗、アボカドなど) により、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 保護者 (本人) に対して予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした。			
医師署名又は記名押印 []			

医師の診察・説明等を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種を希望しますか (接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。保護者自署 [] (20歳以上は本人自署)

このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	mL	実施場所
Lot No.		医師名
(注) 有効期限がきれていないか要確認		接種年月日
		チャイルドクリニック サンタクルス ザ タカラヅカ 吉 田 麻 希 年 月 日

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を 3~6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に不出ないことがあります。

(この予診票の提出は不要ですが、5年間は各医療機関で保管してください。)

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。